

Tilburg University

Geluidsoverlast leidt tot steekpartij

Troelstra, J.; Kossen, M.; Niemantsverdriet, J.; Oei, T.I.

Published in:

Forensisch psychiatrische snippers (zesde herziene druk)

Publication date:

2011

Document Version

Peer reviewed version

[Link to publication in Tilburg University Research Portal](#)

Citation for published version (APA):

Troelstra, J., Kossen, M., Niemantsverdriet, J., & Oei, T. I. (2011). Geluidsoverlast leidt tot steekpartij. In T. I. Oei (Ed.), *Forensisch psychiatrische snippers (zesde herziene druk)* (pp. 425-431). Wolf Legal Publishers (WLP).

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Geluidsoverlast leidt tot steekpartij

TBS oplegging, dwangtoepassing en een soepele overgang naar de algemene GGZ

Jelle Troelstra, Monique Kossen, Jan Niemantsverdriet en Karel Oei

Casus

Na het overlijden van zijn moeder begint een 46-jarige man, de heer Jansen, in zijn dorp steeds vreemder gedrag te vertonen. Het valt op dat hij steeds meer gaat klagen over geluidsoverlast die hij ervaart. Hij gooit briefjes in de brievenbussen van zijn burens met het verzoek 's nachts zachter te praten. Ook vraagt hij de politie om in te grijpen. Als hij ervaart dat dit weinig effect heeft gaat hij 's nachts op de muren kloppen met het idee dat de overlast dan wel zal stoppen. Wanneer de politie vervolgens polshoogte gaat nemen bij de heer Jansen raakt deze buiten zinnen van woede. Hij stormt naar buiten en steekt de twee agenten neer. Zij worden zwaargewond opgenomen in het ziekenhuis.

Vraag 1: Om welk type delict gaat lijkt het hier te gaan?

Antwoord 1: Om een poging tot doodslag of zware mishandeling.

Anamnese en psychiatrisch onderzoek

De volgende dag wordt betrokkene voorgeleid aan de rechter-commissaris die een onderzoek naar de geestesvermogens gelast.

Vraag 3: Waar let u op als u als psychiater de betrokkene vervolgens onderzoekt?

Vraag 4: Welke psychiatrisch-juridische kwestie is verder van belang?

Antwoord 3: U vermoedt een psychotische stoornis en stelt enkele aanvullende vragen. Betrokkene geeft desgevraagd aan stemmen te horen die hem uitschelden voor hoerenloper en hem 's nachts wakker houden.

Antwoord 4: De rechter-commissaris wil weten of het delict verband houdt met de stoornis. U vermoedt dat dit het geval is en vraagt wat betrokkene van de agenten vond toen ze bij hem aanbelden. Deze stelt dat de agenten betrokken waren bij een complot om hem het leven zuur te maken.

Vraag 5: Wat is de kern van uw rapportage?

Antwoord 5: U stelt dat er ten tijde van het delict sprake was van een ziekelijke stoornis (schizofrenie, paranoïde type). Er bestaat een verband tussen de stoornis en het delict (mits

bewezen wordt dat betrokkene het delict gepleegd heeft). Betrokkene is gedeeltelijk toerekeningsvatbaar. Er bestaat een gerede kans op herhaling.

De rechtszitting

De rechter acht betrokkene schuldig aan poging tot doodslag en neemt de conclusies van de psychiatrische rapportage over ten aanzien van de aanwezigheid van een stoornis in de geestesvermogens en het bestaan van een verband tussen stoornis en delict.

Vraag 6: Bij welke strafmaat voor een bewezen delict heeft de rechter de mogelijkheid een TBS op te leggen?

Antwoord 6: Dit is het geval bij een delict waarop een strafmaat van vier jaar of meer gevangenisstraf staat.

Behandeling

De heer Jansen krijgt uiteindelijk TBS met bevel tot verpleging opgelegd. De behandeling verloopt moeizaam. Zijn medepatiënten maken zich ongerust over hem als zij merken dat hij 's nachts op zijn kamer hardop praat terwijl er verder niemand is. Patiënt is boos op de groepsleiding omdat hij meent dat zij hem seksueel uitdagen door in strakke T-shirts te lopen. In een gesprek ontkent patiënt het nachtelijk spreken. Patiënt meent dat de vrouwelijke groepsleiding erop uit is seks met hem te hebben, het rondlopen in strakke T-shirts is daar naar zijn mening een duidelijk bewijs voor. Als de psychiater medicatie voorstelt, een antipsychoticum, weigert patiënt dit.

Vraag 7: Is er een indicatie voor dwangbehandeling?

Antwoord 7: Nee, er is immers geen gevaar. Patiënt is weliswaar boos op de groepsleiding maar heeft zijn gedrag in de huidige omstandigheden onder controle. De situatie is echter wel zorgelijk. Er bestaat een psychotische stoornis (Een paranoïde waan en een erotische betrekkingswaan in het kader van schizofrenie). De behandelend psychiater ziet alleen kans op verbetering als patiënt antipsychotica gaat gebruiken. Alleen op die manier zal het recidiverisico aanmerkelijk kunnen verminderen. Bij een laag recidiverisico is resocialisatie een mogelijkheid. Indien patiënt een hoog recidiverisico blijft houden zal op den duur een beslissing tot longstay-plaatsing overwogen kunnen worden.

Beloop

Patiënt raakt steeds meer somber gestemd en uit onvrede over zijn situatie geeft patiënt aan in hongerstaking te zullen gaan. De medische dienst gaat zijn gewicht bijhouden. De groepsleiding rapporteert dat patiënt gedurende de twee dagen daarop inderdaad niet eet.

Vraag 8: De gezondheid van de patiënt is in gevaar. Wat zijn de mogelijkheden voor dwangvoeding?

Antwoord 8: Dit is te vinden in artikel 26, lid 1 van de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden (Bvt) waarin staat:

“Het hoofd van de inrichting kan een verpleegde verplichten te gedogen dat ten aanzien van hem een bepaalde geneeskundige handeling wordt verricht, indien die handeling naar het oordeel van een arts volstrekt noodzakelijk is ter afwending van gevaar voor de gezondheid of de veiligheid van de verpleegde of van anderen. “

Overleg over dwangtoepassing

In dit geval wordt, na overleg tussen huisarts, psychiater, hoofd van de afdeling en eerste geneeskundige, besloten nog niet tot dwangvoeding over te gaan. Er wordt ingeschat dat dit de behandelrelatie te veel zou schaden. Er wordt gekozen voor het tonen van zorg over de ontstane situatie waarbij overplaatsing naar de ziekenzaal aan de orde is.

Eenmaal op de ziekenzaal wordt patiënt regelmatig bezocht door stafleden en medepatiënten. Patiënt vindt de bezoeken prettig maar blijft somber en laat weten plannen te hebben zichzelf in brand te steken. De medische dienst constateert dat het gewicht inmiddels met drie kilo is afgenomen.

Vraag 9 : Is er nu een indicatie tot dwangtoepassing?

Antwoord 9: Ja, er is immers gevaar voor de gezondheid en de veiligheid en artikel 26 van de Bvt is van toepassing.

Vraag 10: Hoe ga je in de praktijk te werk?

Antwoord 10: Dit staat omschreven in artikel 33 van het Reglement verpleging ter beschikking gestelden (Rvt), waarin de volgende procedure staat beschreven (als uitwerking van artikel 26 Bvt):

Het hoofd van de inrichting overlegt met de arts/psychiater en met het hoofd van de afdeling. In het overleg wordt nagegaan of het ernstige gevaar voor de gezondheid of de veiligheid van de verpleegde of van anderen niet op een andere wijze kan worden afgewend. Bij de keuze voor een bepaalde geneeskundige handeling wordt steeds gekozen voor de voor de verpleegde minst ingrijpende handeling.

De verantwoordelijke arts/psychiater zorgt dat de melding van de toepassing wordt opgenomen in het dossier en dat de resultaten van het overleg worden opgenomen in het verplegings- en behandelingsplan. Bovendien moet een aantekening gemaakt worden in een register zoals omschreven in artikel 6 van het Rvt. Het gaat daarbij om de beslissingen tot beperking van het recht op onaantastbaarheid van het lichaam van de verpleegde (art. 24 t/m 28 en 30 van het Rvt). De aantekening omvat: de aard van de genomen beslissing, de omstandigheden die aanleiding gaven tot het nemen van de beslissing, de diagnose, of de verpleegde zich tegen de beslissing verzette.

Uit het overleg komt naar voren dat toediening van een depot-antipsychoticum als minst ingrijpende handeling gezien wordt.

Vraag 11: Wie moeten er op de hoogte gesteld worden?

Antwoord 11: Artikel 34, lid 2 Rvt schrijft voor dat de minister van Justitie en de commissie van toezicht moeten worden ingelicht. Als de toepassing verband houdt met een geestelijke stoornis wordt ook de regionale inspecteur voor de gezondheidszorg op de hoogte gebracht.

Vraag 12: Hoe lang kun je doorgaan met een op deze manier ingezette behandeling?

Antwoord 12: Er wordt van je verwacht dat je je inspant om de noodzaak voor gedwongen geneeskundige behandeling weg te nemen. Dit staat omschreven in artikel 35 Rvt: Het plan hiervoor wordt opgenomen in het verplegings- en behandelingsplan. Als de toepassing langer dan twee weken duurt wordt door het hoofd van de inrichting een commissie samengesteld bestaande uit ten minste een afdelingshoofd, een arts of een psychiater en een psycholoog. Deze brengt, om de twee weken, advies uit aan het hoofd van de inrichting over de voortzetting.

Uitvoering van de dwangbehandeling

Als de eerste injectie op het programma staat laat patiënt weten dit niet te willen. Als duidelijk wordt dat het nu eenmaal moet, ontbloot patiënt zijn billen en kan het depot gegeven worden. Al in de eerste week begint patiënt weer te eten en wordt hij spraakzamer. De twee daaropvolgende injecties worden nog op grond van artikel 26 Bvt gegeven. Daarna accepteert patiënt de injecties vrijwillig. Patiënt blijkt steeds meer profijt te hebben van de behandeling. Deze omvat onder andere het opstellen van een delict-terugvalpreventieplan. Begeleide verlopen verlopen goed. Op depotmedicatie blijft patiënt grotendeels psychosevrij. Desondanks blijft patiënt voor zijn zelfzorg en hygiëne afhankelijk van een sterk structurerende begeleiding. De onbegeleide verlopen verlopen goed. Patiënt geeft aan te verwachten dat hij zijn depot niet zal laten toedienen als hij weet dat dit niet gecontroleerd wordt. Patiënt lijkt aangewezen op een langdurig voortgezette TBS teneinde het risico op recidief laag te houden. Indien patiënt zijn medicatie blijft gebruiken, lijkt wonen in een sociowoning op het terrein van een psychiatrisch ziekenhuis tot de mogelijkheden te behoren.

Vraag 13: Hoe is een goede overgang naar de algemene GGZ te regelen op een wijze die het recidiverisico laag houdt?

Antwoord 13: Een Rechterlijke Machtiging biedt hiertoe goede mogelijkheden.

De moeilijkheid zit hem hierin dat patiënt van een strafrechtelijke maatregel (nl. TBS met bevel tot verpleging), opgelegd door de strafrechter, zou moeten overgaan naar een civielrechtelijke maatregel in de GGZ (namelijk plaatsing onder de Wet Bopz).

Doordat er twee rechtssystemen bij een dergelijke overgang zijn betrokken, zijn er ook twee verschillende rechters en twee verschillende zittingen bij betrokken. De ene zitting is bedoeld om een eventuele verlenging of beëindiging van de TBS te wegen tegen het risico op herhaling van delictgedrag. Op de andere zitting is de mogelijkheid aan de orde om een patiënt gedwongen op te kunnen nemen om gevaar voor zichzelf of anderen voortkomend uit een psychiatrische stoornis af te wenden.

Dit vraagt om een zorgvuldige afstemming.

Patiënt en diens advocaat zien doorgaans duidelijk het belang van de overgang van een TBS-maatregel naar een Rechterlijke Machtiging. De meeste patiënten zijn vooral blij met het vooruitzicht dat de als stigmatiserend ervaren maatregel beëindigd word.

In de voorbereiding op de eerstvolgende verlengingszitting van de TBS wordt naar een beëindiging toegewerkt. Daarbij geeft de behandelende kliniek als advies het maatschappelijk verantwoord te vinden de TBS niet te verlengen ingeval een RM direct aansluit op de datum van beëindiging van de TBS. De RM is de paraplu waaronder voldoende risicomangement kan worden geboden om het recidiverisico laag te houden. Voor de rechters is het van belang te weten dat het delictisico grotendeels bepaald wordt door de psychiatrische stoornis en dat de ontvangende GGZ instelling zich verbindt aan het stabiel houden van de stoornis onder een RM en zich wil inzetten voor de behandeling van patiënt. Patiënt moet ook na een onverhoeds einde van de RM, bijvoorbeeld omdat hij zich vrijwillig laat behandelen, mogen blijven in dezelfde instelling.

Het vooraf bespreken van de achtergronden van de overgang met alle betrokkenen (waaronder de twee betrokken Officieren van Justitie) kan helpen problemen te voorkomen. Soms zijn het Officieren uit twee verschillende arrondissementen!

De inmiddels in gang gezette RM procedure moet door de rechter zijn afgerond met een oplegging van de RM. Bovendien zal de RM-rechter moeten bepalen dat de RM pas kan ingaan als de TBS is beëindigd. Dit zal de RM-rechter in de beschikking opnemen. Tijdens de TBS-verlengingszitting zal de TBS-rechter zich ervan vergewissen dat de RM ook daadwerkelijk kan ingaan.

Het goed plannen van de data van de zittingen en het afgeven van de Geneeskundige Verklaring ten behoeve van de voorlopige RM is essentieel.

Voor dhr. Jansen verloopt alles soepel en hij woont inmiddels tevreden in een sociowoning waar hij het goed kan vinden met de overige twee bewoners. Hij heeft nog steeds depotmedicatie.

Wat	Wanneer	
Advies kliniek m.b.t. beëindiging van de tbs en aansluitend RM	Indienen 3-2 maanden voor expiratiedatum tbs bij het MvJ	
MvJ stuurt het advies door naar de rechtbank, waar de verlengingszitting zal plaatsvinden (rechtbank	Officier van Justitie besluit binnen de daartoe gestelde termijnen tot een vordering verlenging tbs, of -als de OvJ het eens is	Patiënt en kliniek krijgen hiervan bericht.

van oplegging van de terbeschikkingstelling).	met het advies- af te zien van een vordering.	
Als de OvJ geen verlenging van de tbs vordert, dan is einddatum tbs bekend: expiratedatum tbs is einddatum tbs.	Stukken mbt RM-aanvraag (GV en behandelplan) moeten 6-5 weken voor geplande ingangsdatum worden ingediend bij BOPZ-parket. Voor transmurale patiënten wordt een voorwaardelijke RM aangevraagd; voor patiënten waarvoor de behandeling in een intramuraal kader wordt voortgezet, wordt een verzoek tot het verkrijgen van een voorlopige RM ingediend.	Bij indiening van RM-aanvraag wordt vermeld dat een RM wordt aangevraagd in aansluiting op beëindiging van de tbs en wordt het verzoek gedaan de RM in te laten gaan in aansluiting op beëindiging van de tbs. Een kopie van het verlengingsadvies wordt bijgevoegd, expiratedatum, parketnr. en de rechtbank waar de verlengingszitting plaatsvindt worden vermeld.
Als de OvJ een verlenging tbs heeft gevorderd, wordt contact gezocht met het parket over de datum van de verlengingszitting en de naam van de OvJ die de zitting zal doen. De directeur behandeling neemt contact op met de OvJ om het advies van de kliniek (beëindiging tbs en aansluitend RM) nader toe te lichten.	Stukken mbt RM-aanvraag moeten 6-5 weken voor ingangsdatum RM worden ingediend bij het BOPZ-parket.	Indien datum verlengingszitting bekend is, wordt 6-5 weken voor de zittingsdatum RM-aanvraag ingediend, waarbij in begeleidende brief wordt verzocht beschikking in te doen gaan in aansluiting op beëindiging tbs. Datum verlengingszitting, parketnummer, rechtbank en naam OvJ worden vermeld, kopie verlengingsadvies wordt ter informatie bijgevoegd. Parket van tbs-zitting ontvangt ter informatie van rechtbank kopie van RM-aanvraag.
Er vindt overleg plaats met parket BOPZ over datum RM-zitting.	Indien rechtbank besluit tbs te beëindigen, is de datum van einde tbs (en	Als de rechtbank direct uitspraak doet en na de zitting door OvJ en patiënt bij de balie een schriftelijke

<p>OvJ's van rechtbanken nemen contact met elkaar op om te overleggen over termijnen.</p> <p>RM-zitting wordt kort voor tbs-zitting gepland.</p> <p>Indien BOPZ-rechtbank besluit tot het afgeven van een RM, wordt o.v.v. de kliniek de beschikking z.s.m. naar de kliniek gefaxt. De kliniek faxt beschikking door naar parket, zodat de rechtbank in haar beslissing kan meenemen dat de betrokkene een RM heeft in aansluiting op afloop tbs.</p>	<p>ingang RM) afhankelijk van de wettelijke termijnen.</p>	<p>verklaring wordt ondertekend dat beide afzien van het recht op beroep, dan is de einddatum tbs óf de expiratedatum (indien zitting voor expiratedatum plaatsvindt) óf per direct, indien de zitting pas na de expiratedatum tbs plaatsvindt.</p> <p>Als de rechtbank niet direct tot een uitspraak komt, dan volgt uitspraak binnen 14 dagen.</p> <p>De OvJ heeft vervolgens 14 dagen om beroep aan te tekenen. Gebeurt dit niet, dan wordt de uitspraak onherroepelijk en wordt de beschikking opgesteld. Na de betekening van de beschikking aan patiënt, heeft patiënt ook nog een beroepstermijn van 14 dagen, voordat de tbs wordt beëindigd.</p>
<p>M.b.t. de RM-beschikking is het belangrijk dat de beschikking wordt afgegeven, onder de opschortende voorwaarde dat deze ingaat op het moment dat de tbs onvoorwaardelijk beëindigd is.</p>	<p>In het geval dat de rechtbank bij haar beslissing tot het afgeven van een voorlopige machtiging geen opschortende voorwaarde met betrekking tot ingangsdatum meeneemt, vervalt de beschikking als patiënt niet binnen 15 dagen in het kader van de BOPZ wordt opgenomen.</p> <p>Als de tbs niet binnen die termijn beëindigd is, moet er opnieuw een aanvraag tot een RM worden ingediend (met een nieuwe geneeskundige verklaring).</p>	

Schema opgesteld door	M. Janiak en B. Broenink	Stafmedewerksters Van der Hoeven Kliniek
-----------------------	--------------------------	---

Vraag 14: Is het mogelijk een RM procedure op te starten als deze patiënt een gelimiteerde TBS zou hebben, namelijk een gemaximeerde TBS?

Antwoord 14: Ook dan kan een RM aansluiten op een gemaximeerde TBS. In het verleden procedeerde een patiënt in zo'n geval tegen een RM omdat hij ervan overtuigd was dat hij er recht op had vrij te komen. De Hoge Raad (HR 20 december 1991, NJ 1992, 179) zag op juridisch gebied echter geen bezwaren. De patiënt had het kader van gedwongen behandeling nodig, omdat er nog steeds sprake was van gevaar voor delictrecidive bij een ernstige paranoïde psychose.

Jelle Troelstra, psychiater Van der Hoeven Kliniek

Monique Kossen, directeur behandeling, eerste geneeskundige Van der Hoeven Kliniek

Jan Niemantsverdriet, jurist Van der Hoeven Kliniek

Karel Oei, Hoogleraar forensische psychiatrie Universiteit van Tilburg, departement strafrechtswetenschappen (Tilburg University, department of Criminal Law)